

Distriktssköterskans tillvägagångssätt vid blodtrycksmätning på vårdcentral

FÖRFATTARE

Carina Erskine
Susanne Molnar

PROGRAM/KURS

Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot
distriktssköterska/
Examensarbete i omvårdnad med
inriktning mot
primärvård, HT OM5310

OMFATTNING

15 Högskolepoäng

HANDLEDARE

Ingela Heno

EXAMINATOR

Susann Strang

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Vi vill tacka vår handledare Ingela Henoch för stöd och råd under arbetets gång samt även bibliotekarierna på Biomedicinska biblioteket, Göteborgs Universitet. Ett stort tack till deltagande distriktssköterskor på vårdcentralerna på Hisingen.

Titel (svensk):	Distriktssköterskans tillvägagångssätt vid blodtrycksmätning på vårdcentral
Titel (engelsk):	District nurse's approach to measuring blood pressure at health center
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska/Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård, OM5310
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27
Författare:	Carina Erskine leg. sjuksköterska Susanne Molnar leg. sjuksköterska
Handledare:	Ingela Hénock, Universitetslektor
Examinator:	Susann Strang, Universitetslektor

SAMMANFATTNING

Inledning: Distriktssköterskor har ett stort ansvar gällande blodtrycksmätning samt uppföljning av patienter med risk för hypertoni eller som behandlas för hypertoni inom primärvården. Blodtrycksmätning är en undersökningsmetod som förutsätter att den utförs korrekt med hänsyn till felkällor och rätt förfarande för att mätvärdet ska kunna tolkas rätt. Det finns ett flertal olika riktlinjer för hur standardiserad blodtrycksmätning bör utföras. Att arbeta hälsofrämjande är grundläggande i distriktssköterskors förhållningssätt och samtal kring livsstilsåtgärder är en viktig del i samband med behandling och förbyggande av förhöjt blodtryck. **Syfte:** Syftet med studien är att kartlägga hur blodtrycksmätning går till vid besöket hos distriktssköterskan samt vilka aspekter som tas upp i samtalet i samband med besöket. **Metod:** Empirisk kvantitativ enkätstudie. **Resultat:** Positionen i samband med blodtrycksmätningen var relativt jämnt fördelad mellan att deltagarna lät patienterna sitta eller ligga. Alla lät patienterna vila före mätningen. Majoriteten angav användandet av anpassad manschettbredd och samtliga tog blodtrycket med armen i hjärtnivå. Endast 9 av de 28 distriktssköterskorna tog blodtrycket i båda armarna. Det var 13 av 28 distriktssköterskor som uppgav att de arbetade efter vedertagna riktlinjer. Distriktssköterskorna uppgav själva personfaktorer och miljöfaktorer som centrala gällande vad som kan påverka

blodtrycksmätningarna. I samtalet var rökning, kost och motion de livsstilsfaktorer som togs upp i störst utsträckning. Övriga centrala aspekter i samtalet var hälsosamtal, psykosocial hälsa, riskfaktorer och patientundervisning. **Diskussion:** Det finns ett flertal olika riktlinjer gällande tillvägagångssättet för blodtrycksmätning. Många studier antyder att flertalet felkällor och faktorer bör beaktas för att mätvärdet inte ska bli missvisande och därmed riskera att patienter felbehandlas. **Slutsats:** Resultatet av studien visar att det finns skillnader i tillvägagångssättet vid blodtrycksmätning samt att det finns vissa brister i tillämpningen av aktuella riktlinjer. Det finns anledning att arbeta efter samma standardiserade riktlinjer på varje enhet. Vidare forskning behövs gällande vilka aspekter som tas upp under hälsosamtalet samt i vilken omfattning hälsorådgivande samtal bedrivs.

ABSTRACT

Introduction: District nurses have great responsibility regarding the monitoring of patients at risk of or being treated for hypertension. In the interpretation of blood pressure results it is assumed that the measurement is carried out correctly and in a manner that limits sources of error. There are several guidelines for how standardized blood pressure measurement should be performed. Health promotion is a fundamental element in a district nurses treatment of patients. Counseling about lifestyle changes are an important part in the treatment and prevention of hypertension. **Objective:** To identify how blood pressure measurements are performed by district nurses and the different aspects addressed in counseling during the visit. **Method:** Empirical quantitative study using a questionnaire. **Results:** The posture of the patient adopted during blood pressure measurement was relatively evenly distributed between sitting and lying down. All patients were given time to rest prior to measurement. The majority indicated that they used appropriate cuff size and all took blood pressure with the arm level with the heart. 13 out of 28 district nurses said they worked to accepted guidelines. District nurses reported that both personal and environmental factors are key elements affecting measurement. In terms of health counseling the areas of smoking, diet and exercise were the factors most commonly addressed. Other key aspects commonly addressed were: general health; psychosocial health; risk factors; and patient education. **Discussion:** There are several official guidelines regarding the procedure for blood pressure measurement. Many studies suggest that the commonly known sources of errors should be taken into account, in order to prevent misleading measurements and thus the risk of mistreatment. **Conclusion:** The result of the study shows that there are differences in the method of blood pressure measurement used and inconsistencies in the application of the existing guidelines. There is good cause to work to the same standardized guideline within each practice. Further research is required to more clearly identify which aspects are addressed during counseling and to what extent health counseling is practiced.

Key words: *blood pressure measurement, blood pressure determination, primary health care, health promotion, primary care nursing, district nurse, hypertension.*

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Distriktssköterskans profession	2
Hypertoni.....	3
Riktlinjer för blodtrycksmätning	4
Felkällor.....	5
Distriktssköterskans dokumentation i samband med blodtrycksmätning.....	6
Teoretisk referensram och begrepp	6
Evidensbaserad omvårdnad/kvalitetssäkring.....	6
Hälsosamtal	7
Tidigare forskning	9
Artikelsökning	9
Blodtrycksmätning	9
Hälsosamtal i samband med hypertoni.....	10
Problemformulering	11
Syfte	12
Metod	12
Design.....	12
Urval.....	13
Datainsamling.....	13
Pilotstudie.....	14
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden.....	15
Resultat.....	16
Distriktssköterskornas tillvägagångssätt vid blodtrycksmätningarna.....	16
Övrigt som distriktssköterskorna tänker på vid blodtrycksmätning	17
Samtalsfrågor.....	18
Internremittering.....	18
Distriktssköterskornas kommentarer gällande samtalet i samband med blodtrycksmätning	18
Vilka riktlinjer följs gällande blodtrycksmätning?.....	19
Hur lång tid tar besöket?.....	19
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19

Resultatdiskussion.....	22
Slutsats	24
Arbetsfördelning.....	25
Referenser	26
Bilaga 1.	
Bilaga 2.	
Bilaga 3.	

Inledning

Som distriktssköterskestudenter har vi noterat skillnader i sättet att mäta blodtrycket samt vad som tas upp i samtalet vid blodtryckskontrollen på vårdcentralerna. Som distriktssköterska inom primärvården är ett hälsofrämjande förhållningssätt en viktig del i den vård vi ska erbjuda. Vi har valt att i denna studie presentera en kartläggning av de metoder som används baserat på ett begränsat urval av distriktssköterskor inom primärvården. Vidare studier behövs för att kunna förbättra eller kvalitetssäkra vården utifrån en sådan kartläggning.

Blodtrycksmätningar erbjuds på en rad platser i samhället bl.a. på apotek. En del vårdcentraler har ett rum där patienterna själva kan mäta sitt blodtryck med en blodtrycksapparat. Många patienter har en blodtrycksmätare och följer sitt blodtryck hemma. På vissa vårdcentraler finns blodtrycksapparater som lånas ut till patienterna veckovis och genererar en rad mätvärden tagna enligt schema. Ambulatoriskt blodtryck, s.k. 24-timmars mätning, är också ett värdefullt instrument för att diagnostisera hypertoni samt att undvika vitrockshypertoni (d.v.s. när blodtrycket är förhöjt på mottagningen men normalt i övrigt). Majoriteten av patienter med hypertoni får sin diagnos via de blodtrycksmätningar som görs hos distriktssköterskan, och de flesta blodtrycksmätningar för att följa upp behandling sker också hos distriktssköterskan på vårdcentralerna.

På våra mottagningar tas blodtrycket på olika sätt och dokumenteras på olika sätt. Bengt Fagrell tog upp positionen sittande eller liggande som ett problem i läkartidningen 2001, han argumenterar att blodtrycket tas rutinmässigt liggande i Sverige medan man internationellt alltid tar blodtrycket sittande. Det finns även debatt i medicinsk press angående den bristande standardiseringen vid blodtrycksmätning som en allvarlig felkälla och att överbehandling ofta sker i den äldre befolkningen men också att det finns risk att många äldre inte får behandling alls och det befaras därmed att strokerisken ökar (1-4). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), poängterar i sin rapport från 2007 att då blodtrycket i de flesta fall mäts sittande i de studier som observerar relationen mellan blodtryck och risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och död, utgör det ett problem när det ska praktiseras i den kliniska verkligheten där blodtrycket mäts på ett annat sätt (5).

Kontroll av blodtrycket är en ofta förekommande och stor del av den allmänna distriktssköterskemottagningens arbete. Det är en viktig undersökning som ligger till grund för diagnostisering av hypertoni, behandlingsuppföljning av hypertoni och även högt

blodtryck som livsstils-behandlas. I denna studie har vi valt att undersöka distriktssköterskans möte med patienten i samband med blodtrycksmätning.

Bakgrund

Distriktssköterskans profession

Att arbeta som distriktssköterska innebär ansvar för att utveckla och leda omvårdnaden inom primärvården. Specialistutbildningen som leder till en distriktssköterskeexamen är på avancerad nivå med sjuksköterskeutbildningen som bas. Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor ska arbetet bygga på ett hälsofrämjande förhållningssätt och grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet samt dessutom baseras på gällande riktlinjer, lagar och förordningar. Inom distriktssköterskans ansvarsområde och kompetens ingår det att genom ett hälsofrämjande synsätt stärka patienter till en god hälsa. Arbetet ska vara evidensbaserat och distriktssköterskan ska ha ett reflekterande förhållningssätt i sitt eget arbete (6).

Folkhälsoarbete handlar om att arbeta för så god hälsa som möjligt och samtidigt för en jämnt fördelad hälsa på befolkningsnivå. Folkhälsa kan delas in i två aspekter, att främja hälsa samt att förebygga sjukdom. Det hälsofrämjande arbetet, promotion, handlar om kunskap om vad som leder till förbättrad hälsa och upplevelse av hälsa. Prevention syftar till att arbeta för att förmedla kunskap om vad som orsakar sjukdom och hur olika livsstilsfaktorer kan påverka samt förhindra sjukdom. Detta arbete innebär att på olika nivåer förhindra uppkomsten av ohälsa samt att förhindra försämring av redan etablerad sjukdom (7).

För att som distriktssköterska arbeta för en god hälsa för hela befolkningen behövs även ett individperspektiv. Distriktssköterskan möter patienter med fokus på det unika i varje enskild individs livssituation där det kan finnas olika faktorer som direkt eller indirekt inverkar på människans hälsa. För att komplettera detta synsätt kan distriktssköterskan ur ett vidare perspektiv sätta den enskilda patienten i ett samhälls- och befolkningsperspektiv och använda sig av kunskaper om hälsoarbetets övergripande mål och riktlinjer samt hälsans bestämningsfaktorer. På detta sätt kan distriktssköterskan se patienter både som befolkning och unika individer. Distriktssköterskeutbildningen är den specialistutbildning för sjuksköterskor som är anpassad till hälsofrämjande och förebyggande arbete och samtidigt relaterat till folkhälsoarbete (8). Distriktssköterskan har flera viktiga uppgifter i mötet med patienten med högt blodtryck och använder då både teoretisk och praktisk kunskap.

Hypertoni

Hypertoni i Sverige beräknas drabba 27 procent av den vuxna befolkningen d.v.s. ca 1,8 miljoner svenskar (5). Definitionen enligt European Society of Cardiology guidelines (ESC) är att gränsen för hypertoni går vid 140/90. Grad 1(mild) är upp till 160/100 som övre värde. Grad 2 (måttlig) upp till 180/110. Grad 3 (svår) är högre än så (9). I WHO's definition är gränserna desamma dock går mild hypertoni upp till 150/90, måttlig upp till 180/110 och svår därutöver. Vid båda definitionerna sänks gränsvärdena 10 mm Hg vid diabetes och njurskada. Av alla i Sverige som har hypertoni har ca 60 % mild hypertoni, 30 % måttlig hypertoni och 10 % svår hypertoni (5). Av alla med hypertoni har 95 % s.k. primär hypertoni, d.v.s. man kan inte påvisa någon speciell orsak till den. Fem procent har sekundär hypertoni där oftast orsaken är njursjukdom, endokrin störning eller läkemedel. Vid sekundär hypertoni normaliseras trycket när orsaken är åtgärdad (10).

Hypertonidiagnosen ställs efter en basal utredning där sekundär hypertoni ska uteslutas samt där en beräkning av den sammantagna risken för hjärt- och kärlsjukdom utförs (9). Diagnosen ställs efter 2-3 standardiserade blodtrycksmätningar i vila, sittande eller liggande med armen i hjärthöjd. Vid en ökning av det diastoliska trycket på 10 mm Hg och det systoliska på 20 mm Hg fördubblas risken för kardiovaskulär sjukdom (5).

Basen för behandling av patienter med primär hypertoni och kardiovaskulär risk är hälsofrämjande levnadsvanor med syfte att sänka blodtrycket och/eller den kardiovaskulära risken. Distriktssköterskan har en viktig uppgift i mötet med dessa patienter då det gäller att, baserat på evidensbaserad kunskap inom omvårdnad, motivera till hälsosamma levnadsvanor och livsstilsförändringar (6, 9). Kardiovaskulär sjukdom är den främsta dödsorsaken i världen (9). Hypertoni är den viktigaste riskfaktorn för kardiovaskulär sjukdom efter ålder och kön, därefter kommer diabetes, rökning och hyperlipidemi. Vid behandling av hypertoni skall alltid den sammanlagda kardiovaskulära risken beräknas och behandlingen baseras på denna. En uppskattning av den kardiovaskulära risken kan göras genom att följa en riskmatris eller riskvärderingstabell, t.ex. -ESC/ ESHs riskmatris 2003 (5). Vid mild hypertoni och inga andra riskfaktorer är livsstilsförändringar förstahandsval i flera månader. Om trycket ej går ned bör läkemedelsbehandling påbörjas. Om det finns en till två ytterligare riskfaktorer förkortas tiden då endast livsstilsförändringar provas, till veckor, sedan sätts läkemedelsbehandling in. Vid svår hypertoni kombineras livsstilsförändringar och läkemedelsbehandling från start (9). Läkemedelsterapi med ett läkemedel s.k. monoterapi rekommenderas i första hand men i de flesta fall behövs en kombinationsterapi. De största grupperna blodtryckssänkande läkemedel

som finns i Sverige är tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister, ARB (angiotensinreceptorblockerare) och betablockerare och de har likartade blodtryckssänkande effekter (5).

Riktlinjer för blodtrycksmätning

Mätning av blodtrycket är en viktig och avgörande undersökningsmetod för att upptäcka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom samt för att diagnostisera hypertoni. Inom primärvården har distriktssköterskan det huvudsakliga ansvaret för blodtryckskontrollerna samt ett ansvar för att blodtrycket mäts på ett korrekt sätt enligt standardiserad mätmetod. Det har under senare år visat sig att både ett förhöjt diastoliskt blodtryck såväl som förhöjt systoliskt har lika stor betydelse när det gäller risken för kardiovaskulär sjukdom (4, 11).

År 1896 introducerades den första blodtrycksmanschetten inom medicin som gjorde det möjligt att palpatoriskt bestämma det systoliska blodtrycket. I början av 1900-talet beskrevs första gången de s.k. Korotkoffljuden uppkallade av den ryske kirurgen Nikolai Korotkoff. Upptäckten av de ljud som uppstår genom virvelbildning i blodkärlen innebar att man med auskultatorisk teknik kunde mäta både det systoliska och diastoliska blodtrycket (12, 13).

Det finns ett flertal olika riktlinjer för hur man bör gå tillväga vid blodtrycksmätning. En nationell riktlinje presenteras i Vårdhandboken, som är en webbaserad handbok för arbete inom hälso- och sjukvård med Sveriges landsting och regioner som uppdragsgivare. Denna riktlinje är i sin tur baserade på bland annat SBUs riktlinjer samt internationella riktlinjer från European Society of Hypertension (ESH) (14, 15). Västra Götalandsregionen har tagit fram PM för behandling av hypertoni som även beskriver rekommendationer för hur blodtrycksmätningen bör utföras. Dessa lokala riktlinjer som gäller för primärvården är framtagna av medicinska rådet och chefsläkaren i regionen med referens till bland annat SBUs samt till ESHs riktlinjer (14, 16, 17). SBU är en myndighet som utvärderar medicinska metoder inom vården samt utarbetar nya riktlinjer och rekommendationer baserat på aktuell forskning (16).

WHO är en internationell organisation som utarbetat riktlinjer för hypertoni och blodtrycksmätning (18). Gemensamt för dessa olika nationella och internationella riktlinjer är rekommendationen att en standardiserad blodtrycksmätning bör utföras efter en stunds vila. Gemensamt är även att mätningen bör ske med armen i hjärtnivå. Samtliga dessa riktlinjer poängterar att hänsyn bör tas till faktorer relaterade till utrustningen såsom manschettstorlek och inga stasande klädesplagg under manschetten. Även faktorer som kaffe och tobak som

påverkan av mätvärdet nämns i de flesta riktlinjer. Rekommendation beträffande patientens position är något som skiljer sig åt mellan de olika riktlinjerna som här har valts att belysas. I 3 av 5 riktlinjer föreslås att blodtrycket kan tas sittande eller liggande (14-18).

Tabell 1. Fem vanliga riktlinjer och rekommendationer gällande blodtrycksmätning

	Vila före mätning	Armens position	Position	Övr. position	Utrustning/manschett	Direktiv inför blodtrycksmätningen	Övriga rekommendationer
Vårdhandboken (15)	5 minuter	Armen avslappnad, handflatan uppåt. Arm i hjärtnivå	Liggande eller sittande	Ej korslagda ben. Stöd för rygg och fötter	Anpassad manschettbredd, inga stasande kläder	Undvika kaffe, te, tobak 30 min före mätning	2 mätningar, med 1 minut emellan. Dokumentera datum, klockslag, läge arm och manschettbredd
VG-regionen (17)	5-10 minuter	Arm i hjärtnivå	Liggande eller sittande	Ej korslagda ben. Stöd för rygg och fötter	Anpassad manschettbredd	Undvika kaffe, tobak fysisk ansträngning 30 min före mätning	2 mätningar, medelvärdet registreras med avrundning till närmaste jämna tal. Mät blodtrycket i båda armar första gången och välj arm med högsta trycket.
WHO (18)	5 minuter	Arm i hjärtnivå	Sittande	-	Inga kläder under manschetten	Undvika kaffe, tobak, alkohol 30 minuter före mätning	Hos personer >65 år, diabetiker eller som behandlas med blodtryckssänkande medicin rekommenderas blodtryckskontroll efter 1-5 minuter i stående position.
SBU (16)	5-10 minuter	Arm i hjärtnivå	-	-	Anpassad manschettbredd	-	Mätning av pulsen. Hos personer > 60 år och hos patienter som behandlas med blodtryckssänkande medicin bör även blodtrycket tas efter 1 minut i stående position.
ESH (14)	5 minuter	Arm i hjärtnivå, med bra stöd	Liggande eller sittande	-	Anpassad manschettbredd	Vårdpersonal bör tänka på att kaffe, rökning, alkohol före mätning kan påverka värdet	Vid mätning stående, vänta 1 min. Blodtrycket tas i båda armar vid första besöket. Blodtrycksmätningen bör utföras i avslappnad och lugn, miljö med behaglig temperatur.

Felkällor

När man mäter blodtrycket på en patient finns det olika faktorer som måste beaktas för att undvika felkällor. Dessa felkällor kan härledas till utrustningen, undersökaren och/eller patientfaktorer. Enhetliga metoder för att mäta blodtrycket har arbetats fram genom flertalet internationella studier, WHO samt internationella hypertonsällskap (4, 13, 14, 18, 19).

Gällande utrustningen bör storlek och bredd på blodtrycksmanschetten anpassas efter patientens armomfång. För smal manschett kan ge ett falskt högt värde och för bred kan ge för lågt värde. Utrustning bör kontrolleras regelbundet avseende slangar, kopplingsstycken och ventiler. Även stetoskopet bör vara av god kvalitet för att kunna identifiera Korotkoff-ljuden

väl. Blodtrycksmätarna bör kontrolleras och kalibreras regelbundet, helst årligen (4, 13, 19). Vid användning av automatisk/elektronisk blodtrycksmätare är dessa ej tillförlitliga vid högt eller lågt blodtryck och ej heller vid hög eller låg puls eller vid arytmier (15).

Undersökarens teknik är annan viktig aspekt gällande risken för felkällor. Under mätningen bör blodtrycksmanschetten vara i nivå med patientens hjärta. För låg nivå på armen kan resultera i ett för högt tryck. Om patienten sitter vid mätningen är det också viktigt att ha bra stöd för både ryggen och armen. Manschetten bör pumpas upp över förväntat värde, detta för att undvika s.k. Silent gap. Detta tillstånd innebär att Korotkoff-ljuden försvinner och senare återkommer, vilket kan innebära att det systoliska värdet registreras för lågt. När manschetten töms bör detta göras långsamt vilket innebär ungefär 2 mm Hg/sekund. Snabbare tömning kan resultera i för lågt systoliskt och/eller för högt diastoliskt tryck (4, 13, 19).

Det finns även en del patientfaktorer som kan påverka blodtrycksvärdet. Oregelbunden hjärtverksamhet kan leda till att blodtrycket uppmäts olika från slag till slag. Även annan hjärtsjukdom eller kärlförändring som orsakar stelhet eller inflammation i kärlen kan ge ett falskt högt värde men även olika blodtryck i de olika armarna. Övriga faktorer som kan påverka att blodtrycket stiger är smärta, stress, kyla och tobaksrökning. Vila och värme däremot medför en sänkning av blodtrycket (4, 13, 19).

Distriktssköterskans dokumentation i samband med blodtrycksmätning

All hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation, är enligt patientdatalagen skyldig att dokumentera i patientjournalen. Dokumentationen ska innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård. Bland annat ska den innehålla uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder (20). Enligt Vårdhandbokens riktlinjer för blodtrycksmätning ska datum, klockslag, läge, arm och manschettbredd dokumenteras i patientjournalen (15). Även bland internationella riktlinjer påtalas vikten av dokumentation i samband med blodtrycksmätning (14). Distriktssköterskans omvårdnadsarbete innebär till stor del att bedöma risker för patientens hälsa samt att tillsammans med patienten planera och genomföra lämpliga åtgärder. Även detta måste framgå i dokumentationen i patientjournalen (11).

Teoretisk referensram och begrepp

Evidensbaserad omvårdnad/kvalitetssäkring

Florence Nightingale beskrev i sin omvårdnadsmodell under 1800-talet grunden till den systematiska patientbedömningen. Hon betonade att datainsamlingen, beträffande patientens

tillstånd, skulle vara lättillgänglig, kommunicerbar och dokumenteras. Observation av patienten beskrevs som en central del av omvårdnadsprocessen som måste läras ut på ett systematiskt sätt. Det framhölls att dessa observationer måste dokumenteras av sjuksköterskor och denna registrering ledde till de första omvårdnadsjournalerna. Vidare framhölls även att hänsyn måste tas till den enskilda patienten med tanke på individuella avvikelser. Nightingale var en tidig förespråkare för omvårdnad som profession och betydelsen av både teoretisk såväl som praktisk kunskap i sjuksköterskeutbildningen (21).

En av de författningar som distriktssköterskans arbete regleras av är Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som beskriver att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras (22). I författning 2005:12 (Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården) tydliggörs hur ansvaret för kvalitetssäkringsarbetet ska fördelas inom verksamheten och att varje vårdgivare har ansvar för att arbeta efter metoder och rutiner som säkerställer vårdens kvalitet och patientsäkerheten (23). Flertalet studier påtalar vikten av att använda standardiserade riktlinjer gällande blodtrycksmätning med anledning av de felkällor och faktorer som kan påverka mätvärdena. Att arbeta efter evidensbaserade riktlinjer är en trygghet för distriktssköterskan i sitt yrkesutövande och säkerställer en god och säker vård för patienten (6, 13, 14).

Att bedriva vård av god kvalitet innebär att vården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta inbegriper även ett bemötande av vårdtagaren som kännetecknas av respekt för dennes självbestämmande, integritet och delaktighet i vården. Inom omvårdnaden som vetenskap är kunskapsutvecklingen snabb och det är därför angeläget att det finns tydliga förhållningssätt i hur sjuksköterskor tillägnar sig evidensbaserad kunskap. Att arbeta efter kliniska riktlinjer är ett sätt på hur omvårdnaden kan bedrivas i syfte att förbättra kvaliteten i vården. Genom gemensamma riktlinjer reduceras även ineffektiva åtgärder och variationer i utförandet av vården. Alla former av riktlinjer bör dock regelbundet revideras och ingå i den mer övergripande verksamhetens kvalitetssystem (24).

Hälsosamtal

Orem beskriver i sin omvårdnadsteori att människan är en social varelse som strävar efter att ta hand om sig själv och lider om hon inte har möjlighet att göra detta. Människor har olika kapacitet att ta hand om sig själv beroende på både inre kapacitet och omständigheter. Om det blir obalans mellan patientens kapacitet att ta hand om sig själv och behoven kan distriktssköterskan i dessa fall ha olika strategier för att hjälpa patienten att hjälpa sig själv

(21). I omvårdnadssituationen vid hypertoni har distriktssköterskan en viktig roll att hjälpa patienterna att förhindra ytterligare obalans i deras hälsa, speciellt gällande kunskap om deras individuella riskfaktorer och hur de kan minskas eller elimineras, målet är att patienten ska ha så god hälsa som möjligt.

Hälsosamtal beskrivs av Socialstyrelsen som ett sätt att stödja personer att förebygga ohälsosamma levnadsvanor. Vårdpersonal bör dels ställa frågor om levnadsvanor och i de fall patienterna har behov av hjälp att förändra dem bör sådan hjälp erbjudas. Detta bör ske på ett sätt som upplevs relevant och med lyhördhet för patienternas förståelse förväntningar och värderingar. Det finns rekommendationer från socialstyrelsen på hur de hälsorådgivande samtalen bör utföras gällande olika åtgärdsnivåer och tidsaspekter. De olika nivåerna som beskrivs är; enklare råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Hälsosamtal hjälper patienten att öka kontrollen över sin hälsa och därmed förbättra den (25).

Enligt Krav- och kvalitetsboken som är Västra Götalandsregionens (VG) styrdokument för primärvården skall vårdpersonal sträva efter ett hälsosamtal förhållningssätt vilket definieras med att informera, stödja och motivera människor att ta ett eget ansvar för sin hälsa. Sjukdomsförebyggande insatser skall innebära att råd om levnadsvanor är integrerade i de insatser som redan ges (26).

Hälsosamtal kan bedrivas i primärpreventivt syfte där man förebygger ohälsa riktat till allmänheten och som sekundärprevention där man förebygger ohälsa i samband med sjukdom. Syftet med hälsosamtal är att skapa förändring i människors beteende i en hälsosam riktning. Levnadsvanor är ofta djupt rotade och har vanligtvis grundlagts under barnåren och ytterligare förstärkts i kontakten med andra människor. Det handlar ofta om mat, fysisk aktivitet, rök- och alkoholvanor. Förändring eller att sluta med en vana kräver engagemang och vilja, det är tidskrävande och där ny kunskap måste inhämtas, bli medveten om problemet, göra försök och pröva igen om man misslyckas (27).

Bergstrand beskriver i sin avhandling om hälsorådgivande samtal hur distriktssköterskan har en mångfacetterad och komplicerad uppgift i att genomföra hälsosamtal. Efter sin studie kunde hon dela in samtalet i några återkommande faser och ge exempel på rådgivningsstrategier t.ex. etablering av utgångsläge för samtal, rådgivning som uppmuntran och stöd,

rådgivning som förmedling av information, rådgivning som avvaktan och förhållning, rådgivning som motiverande argumentation (28).

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som skapades under 80-talet av den amerikanske professorn och psykologen William R Miller som arbetade med alkoholmissbrukare under 70-talet. Han visade med studier att enbart empatiskt lyssnande minskade patienternas alkoholmissbruk (29). Kognitiv beteendeterapi var grunden i detta. Metoden innebär att fokus läggs på patientens motivationsgrad samt beredskap till förändring, genom att tillämpa öppna frågor, reflektioner och sammanfattning. MI – metoden förespråkas av Västra Götalandsregionen ifråga om motiverande samtal om rökning, fysisk aktivitet och alkohol. MI är generellt rekommenderad i alla samtal där livsstilsförändringar är syftet (30).

Tidigare forskning

Artikelsökning

Vetenskapliga artiklar har sökts via databaserna Cinahl och PubMed. De sökord som användes var *blood pressure measuring, blood pressure measurement, blood pressure determination* dessa kombinerades med *primary health care, primary care, practice nurse, health promotion, primary care nursing, community health centers, district nurse, hypertension, health education*. Artikelsökningen begränsades med *peer review* och *research article*. Utifrån artikelsökningen har 11 relevanta vetenskapliga artiklar använts i denna studie. Utöver detta har grundkällor sökts i de nationella samt internationella riktlinjers referenser.

Blodtrycksmätning

Flertalet studier har visat att det finns anledning att uppmärksamma följsamheten till standardiserade rekommendationer och riktlinjer gällande blodtrycksmätning. Det finns ett flertal faktorer som påverkar och riskerar att mätvärdet blir felaktigt och därtill även risk för felbehandling av patienter med hypertoni. Felkällorna som uppmärksammas är relaterade till patienten, undersökaren samt tekniken/utrustningen (13, 14, 19, 31).

Det har framkommit i studier att det finns skillnader i sjuksköterskors sätt att mäta blodtrycket och att det skiljer sig i vad deras mätmetod och teknik baseras på. Det finns en allmän föreställning om att blodtrycksmätning är en grundläggande och så pass basal undersökningsmetod som i praktiken ges lite uppmärksamhet. Flertalet sjuksköterskor säger sig utföra mätningarna enligt olika direktiv och riktlinjer medan många menar att de förlitar sig på sina kunskaper från grundutbildningen eller utgår från hur deras kolleger arbetar (19, 32).

Exempel på faktorer som har studerats vara viktigt i samband med blodtrycksmätning är betydelsen av att mäta blodtrycket i båda armar vid första besöket. Det har visats sig att viss sidoskillnad kan föreligga, upp emot 10 mm Hg mellan höger och vänster arm, som riskerar att förbises om blodtrycket rutinmässigt bara tas i ena armen (13, 14, 31). Patientens position är ytterligare en faktor som är av betydelse för blodtrycksvärdet. Om patienten inte har stöd för ryggen, t.ex. sittande på bänk istället för en stol, så ökar det diastoliska trycket med ca 6 mm Hg samt om benen är korsade så stiger det systoliska trycket med ca 8 mm Hg (13).

Gällande utrustningen har anpassad manschettstorlek studerats och det har visat sig att en för liten manschett i förhållande till armstorlek visar ett för högt tryck och en för stor manschett tenderar att visa ett för lågt tryck. Det vanligaste felet beträffande manschettstorlek är att för liten storlek används, speciellt då armomfånget har ökat i befolkningen de senaste åren (13, 14, 19). Ett alternativ till att anpassa manschettstorleken är att använda s.k. Tricuff-manschett som automatiskt anpassas efter patientens armstorlek (33).

Internationella studier belyser vikten av att arbeta efter standardiserade riktlinjer då detta har visat sig vara avgörande för att få ett så pass exakt mätvärde som möjligt. Undersökningar har visat att det finns brister i hur vårdpersonal följer de riktlinjer som är framtagna för blodtrycksmätning och att det då finns risk att många av de felkällor som riskerar att påverka blodtrycksvärdet inte beaktas. Detta kan i sin tur leda till felbehandling och feldiagnostisering av patienter med hypertoni (13, 14, 18, 19).

Vikten av standardiserad blodtrycksmätning har även lyfts fram i den svenska debatten då Thulin och Fagrell diskuterat detta med referens till ovanstående internationella studier samt till SBU-rapport angående diagnostisering och behandling av förhöjt blodtryck (2-4, 16). Inom primärvården är det distriktssköterskor som har det huvudsakliga ansvaret för blodtrycksmätningen under utredning och behandling av förhöjt blodtryck. I en observationsstudie av Drevenhorn studerades 21 distriktssköterskor och resultatet visade att det förelåg vissa skillnader i utförandet av blodtrycksmätningarna. Några av bristerna som påpekades angående distriktssköterskornas metod var relaterade till valet av manschettstorlek, felaktig uppumpning av manschett och dokumentation om såväl tidpunkt som vilken arm blodtrycket togs (34).

Hälsosamtal i samband med hypertoni

En studie av hjärtsjuka patienter i Europa har visat att det finns ett samband mellan blodtryckskontroll och kunskap om målblodtryck. De patienter som fått information om

viktnedgång, minskat saltintag och fysisk aktivitet och dessutom hade en större kunskap om målblodtryck hade därmed bättre blodtryckskontroll (35).

Drevenhorn, Håkansson och Petersson gjorde en observationsstudie 2001 där 21 distriktssköterskor observerades under sitt möte med hypertoni-patienter. Det studerades vilken icke-farmakologisk behandling sköterskorna gav och vilken konversationsnivå de hade gentemot patienten. Den icke-farmakologiska behandlingen bestod av patientundervisning om rökstopp, alkoholintag, viktnedgång, fysisk aktivitet och hantering av stress. Enligt SBU 2007 bör dessa livsstilsförändringar utgöra basen i vården av personer med högt blodtryck. Drevenhorns studie visade ett behov av patientpedagogiskt material och utbildning av distriktssköterskorna för att öka användandet av icke-farmakologisk behandling (5, 36).

En interventionsstudie i Sverige jämförde en grupp av tvåhundra patienter med hypertoni varav hälften fick den traditionella behandlingen med läkemedelsintervention, uppföljning hos läkare samt ytterligare en blodtryckskontroll hos distriktssköterska efter 6 månader. Den andra hälften, interventionsgruppen, fick flera uppföljningsbesök hos distriktssköterska med bokade återbesök och information om livsstilsfaktorer samt riskfaktorer som dokumenterades på patientens blodtryckskort. De erbjöds även hjälp med rökstopp, viktninskning och dietförändring vid höga lipider. Resultatet visade att patienterna i båda grupperna hade sänkning av blodtrycket och minskning av midjemåttet. Båda metoderna var effektiva men att i interventionsgruppen nådde fler patienter målvärdet. Sammanfattningsvis visade studien att en kontinuerlig uppföljning av patienterna ger högre följsamhet till behandlingen och att distriktssköterskan har en viktig uppgift att informera om livsstilsförändringar (37).

Bengtson och Drevenhorn har gjort en litteraturoversikt över sjuksköterskans roll och uppgift i behandlingen av hypertoni. Sjuksköterskan beskrivs som en team-medlem, patientutbildare i livsstilsförändring och en översättare mellan doktorn och patient, med en holistisk och psykosocial utgångspunkt. De rekommenderar att lokala behandlingsprogram för hypertoni bör utformas där distriktssköterskans kompetens utnyttjas. Resultaten visade en minskning av patienternas totala riskfaktorer samt blodtryck och behov av medicinering när sjuksköterskor var involverade i behandlingen (38).

Problemformulering

Hypertoni och högt blodtryck drabbar ca 27 % av den svenska befolkningen. Majoriteten av dessa behandlas och utreds inom primärvården och kommer i kontakt med distriktssköterskan

på vårdcentralen. Distriktssköterskan har en central roll både i utredningen och i behandlingen som inbegriper både blodtrycksmätningen samt samtal kring livsstilsfaktorer. Studier har visat att distriktssköterskans del i hypertonibehandlingen har en positiv inverkan på riskfaktorerna.

Vid diagnos av hypertoni baseras denna på 2-3 standardiserade blodtrycksmätningar. Det finns ett flertal olika riktlinjer för hur blodtrycksmätning bör utföras på ett standardiserat sätt så att felkällor elimineras. Flertalet studier visar att skillnader i mätning av blodtryck kan leda till missvisande blodtrycksvärden och risk att över- eller underbehandla hypertoni. Därför är det viktigt att studera om de standardiserade metoderna i samband med blodtrycksmätning tillämpas samt om det finns tid och om tillfälle tas till att samtala kring livsstil och arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Syfte

Syftet med studien är att kartlägga hur blodtrycksmätning går till vid besöket hos distriktssköterskan samt vilka aspekter som tas upp i samtalet i samband med besöket.

Metod

Design

Metoden valdes utifrån vår frågeställning som syftar till att kartlägga hur det går till vid distriktssköterskans möte med patienter i klinisk praxis. Vi vill ha ett relativt stort underlag och väljer att göra en empirisk enkätstudie enligt kvantitativ metod. Kvantitativ metod lämpar sig bra för när man vill mäta och jämföra med frågeställningar så som: ”hur ofta”, ”hur många” eller ”hur vanligt”. Kvantitativa studier producerar variabler som kan bearbetas i ett statistikprogram exempelvis SPSS för att få fram tabeller med procenttal som kan presenteras på ett överskådligt sätt. Enkätstudier med kvantitativ metod utförs för att samla information om mängd och antal och relationer däremellan i en population. Fördelen med enkäter är dess flexibilitet och användbarhet i en rad ämnen, medan de sällan används i en mer djupgående studie av ett ämne eller ett fenomen. Enkäter har den fördelen att respondenterna kan vara anonyma. De kan i lugn och ro fundera över sina svar och blir inte påverkade av någon intervjuare. Enkäter har nackdelen att respondenten inte har möjlighet att ställa kompletterande frågor om något är svårförståeligt. Det är viktigt att formulera frågorna väl för att undvika missförstånd. Detta kan man bl.a. göra genom att använda sig av öppna svarsalternativ i enkäterna för att förtydliga och fördjupa vissa frågor (39, 40).

Urval

Populationen är distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral och som utför blodtrycksmätningar. Urvalet ska vara ett statistiskt representativt urval av populationen. Detta innebär att då möjlighet inte finns att undersöka hela populationen görs ett stickprov eller s.k. urval som ska ha samma fördelning som populationen gällande de faktorer som ska undersökas och även faktorer som kan påverka resultatet. Var och en av de utvalda i urvalet motsvarar eller representerar hela populationen så att hela urvalet blir en miniatyr av populationen. I denna studie representerar urvalet distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral och som utför blodtrycksmätningar. Storleken på vår studie måste relateras till en rimlig storlek med hänsyn till hållbarhet och kostnad. Urvalet är ett icke slumpmässigt urval ett s.k. kvoturval där dessa distriktssköterskor har valts ut pga. att de tillhör en grupp människor med samma profession och liknande arbetsuppgifter (39-41).

Datainsamling

Data kommer att samlas in via ett strukturerat frågeformulär som författarna själva formulerat. Vår avsikt är att enkäten ska vara lätt och snabb att svara på, detta med tanke på den ofta pressade arbetssituation dagens distriktssköterskor befinner sig i. Enligt Polit och Beck är slutna frågor svåra att konstruera men lätta att administrera och analysera. Svårigheten med slutna frågor är dels när deltagarna inte svarar, vilket kan beror det på att de inte förstår frågan eller att inte svarsalternativen är tillräckliga. Risken med ett eget formulerat frågeformulär är att frågorna kan missuppfattas av deltagarna och tolkas på annat sätt än vad författarna avsett (39, 40).

Frågeformuläret består av enbart sakfrågor som behandlar faktiska förhållanden. De slutna frågorna är konstruerade med fasta svarsalternativ där deltagarna kryssar in sitt svar. De öppna frågorna kan besvaras på tom rad med utrymme för egen formulering. Syftet med de tre öppna frågorna i enkäten är att ge deltagarna möjlighet att svara på frågorna på eget sätt förutom de slutna svarsalternativen som vi angett. Det ger även deltagarna möjlighet att ta upp sådant de själva tycker är relevant i sammanhanget. Vid formuleringen av frågorna bör ledande frågor undvikas och språket bör vara korrekt enkelt och lättfattligt. Antalet frågor bör även vara begränsat frågorna bör vara neutrala och balanserade och inte innehålla negetingar (39-41).

Enkäten består av 23 frågor indelat i tre avsnitt; *bakgrundsuppgifter*, *blodtrycksmätning/dokumentation* samt *samtalsaspekter*. I bakgrundsdata ingår frågor om

ålder, utbildning samt arbetsplats. Avsnittet blodtrycksmätning/dokumentation innehåller detaljerade frågor om distriktssköterskornas tillvägagångssätt gällande blodtrycksmätning samt följdfråga angående dokumentation. I avsnittet samtalsaspekter ingår frågor om vad som tas upp under samtalet, se bilaga 1. De 20 slutna frågorna har 2-3 svarsalternativ förutom frågan om vilken riktlinje man arbetar efter samt hur lång tid besöket tar.

Pilotstudie

En pilotstudie är en förberedande undersökning som senare kan utföras i större skala för att pröva instrumentet. Den kan ge information om sådant som har varit svårt att förutse eller funderingar över som t.ex. svarsalternativ och osäkerhet över frågorna i enkäten. De öppna frågorna kan ge ytterligare intressant information om sådant som kan kompletteras i en fullskalig studie (41, 42).

Inklusionskriterierna i den fullskaliga studien, att arbeta på vårdcentral samt att utföra blodtrycksmätningar, användes även i pilotstudien. I denna pilotstudie valdes distriktssköterskor på Hisingen, Göteborg. Valet av Hisingen som område baserades på dess fördelning av socioekonomiska skillnader och att det är ett geografiskt avgränsat område. Valet av vårdcentraler har gjorts utifrån en jämn fördelning från de olika stadsdelarna på Hisingen och hänsyn togs till att försöka fördela det jämnt mellan offentliga och privata vårdcentraler. Tretton vårdcentraler tillfrågades varav en föll bort pga. svårigheter att inom rimlig tid få kontakt och godkännande av vårdcentralschefen samt ytterligare en vårdcentral föll bort pga. att annan yrkeskategori än distriktssköterskor ansvarade för blodtrycksmätningarna. Urvalet utgjordes av 31 distriktssköterskor som arbetade på 11 vårdcentraler, varav 7 offentliga och 4 privata, på Hisingen. Samtliga distriktssköterskor på respektive vårdcentral erbjöds att delta i studien. Vårdcentralscheferna kontaktades och gav tillstånd att dela ut enkäten till respektive enhets distriktssköterskor. Enkäterna tillsammans med forskningspersonsinformation, se bilaga 1 + 2, samt svarskuvert lämnades på respektive vårdcentral i september 2012 och hämtades efter 1 vecka. I ett fåtal fall hade enkäten glömts bort och erbjöds att hämtas nästa dag.

Dataanalys

IBM SPSS version 20 (Statistical Packages for Social Sciences) statistics data editor användes för analysen av materialet. Analysen gjordes med deskriptiv statistik, för att ta fram olika beskrivande värden och tabeller samt diagram för variablerna. Inferentiell statistik används vid hypotesprövning eller för att dra slutsatser och är inte aktuell vid kartläggning. Deskriptiv

statistik används då en kartläggning är önskvärd och en fördelning av de ingående variablerna ska bestämmas. I en fullskalig studie, med större urval, skulle även resultatet kunna användas för att dra slutsatser och studera sambanden mellan variablerna t.ex. genom att utföra sambandsanalys samt att beräkna konfidensintervall (39, 43).

De tre öppna frågorna analyserades med innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman. Ur texten formulerades meningsenheter som kodades och kategoriserades, se exempel i tabell 2 (44). Dataanalysen kommer att ske på samma sätt i den fullskaliga studien.

Tabell 2. Exempel på kategorisering av de öppna frågorna

	Meningsenheter	Subkategori	Kategori
Inga störande ljud runt.	Inga störande ljud	ljud	miljö
Inga åtsittande kläder på armen.	Inga åtsittande kläder på armen.	åtsittande kläder	person
Släcka ned belysningen.	Släcka belysningen	ljus	miljö
Ibland går jag från rummet för att patienten skall varva ned i lugn och ro	Lugn och ro	intryck	miljö
Inte med benen i kors, armarna inte heller i kors.	Inte ben och armar i kors	position	person

Forskningsetiska överväganden

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) har i Finland fastslagit en förordning om forskningens etik, som i Sverige har sammanställts i en rad forskningsetiska principer eller krav som man bör följa när man bedriver forskning. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (42). I vår pilotstudie medskickades ett följebrev med information om studiens syfte och frågeställning, förfrågan om deltagande, anonymitet, frivillighet, risker och fördelar med deltagande, vad materialet skall användas till och förvaras samt hur de kan ta del av resultatet (se bilaga 2).

Enligt lagen om etikprövning om forskning som avser människor anses inte högskolestudier på grund- eller avancerad nivå inbegripas i lagen om etikprövning. Denna pilotstudie behöver därmed inte etikprövas av etikprövningsnämnden. Vid en eventuell fullskalig studie kommer sådan ansökan att göras (45).

Resultat

Totalt deltog 28 av 31 tillfrågade distriktssköterskor i pilotstudien. Av de 3 som inte deltog var en på semester, en var frånvarande pga. sjukdom och en valde att inte delta. Majoriteten av distriktssköterskorna var mellan 45-60 år och hade varit färdiga distriktssköterskor i genomsnitt 13,2 år (SD 9,8). Av de 28 deltagande distriktssköterskorna arbetade sex i privat verksamhet. Fyra hade specialistutbildning i hypertoni och hjärtsvikt. Demografiska och yrkesrelaterade data presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Demografiska och yrkesrelaterade data, distriktssköterska (dsk)

	Antal (%)
Ålder	
<29 år	1 (3,6)
30-44 år	8 (28,6)
45-60 år	13 (46,4)
>60 år	6 (21,4)
Antal år efter examen, medel	13,2
Dsk med specialistutbildning inom hypertoni och hjärtsvikt	4 (14,3)
Antal dsk verksam inom:	
Offentlig vårdcentral	22 (78,6)
Privat vårdcentral	6 (21,4)

Distriktssköterskornas tillvägagångssätt vid blodtrycksmätningarna

Mer än hälften av deltagarna mätte blodtrycket när patienten var sittande och tre av distriktssköterskorna mätte blodtrycket både liggande och sittande. Alla distriktssköterskorna lät patienterna vila före mätningarna. Nästan alla svarade att anpassad manschettstorlek användes, på denna fråga valde två att inte svara. Resultatet visar att 10 av 28 distriktssköterskor dokumenterar valet av manschettstorlek. Majoriteten har svarat att utrustningen kalibreras, däremot kommenterade distriktssköterskorna från en av vårdcentralerna att nya blodtrycksmanschetter istället köps in årligen. Samtliga har svarat att blodtrycket tas med armen i hjärtnivå men ingen dokumenterar detta, se tabell 4.

Tabell 4. Distriktssköterskornas tillvägagångssätt vid blodtrycksmätningarna. (internt bortfall är de som valt att inte svar på specifika frågor)

		Antal (%)
Position	Liggande Sittande Både liggande och sittande	10 (35,7) 15 (53,6) 3 (10,7)
	Dokumenterar position	25 (89,3)
Vila före mätning	0 minuter 5 minuter 10 minuter	0 14 (50) 14 (50)
	Dokumenterar vila	22 (78,6)
Mätmetod	Manuellt Elektronisk Både manuellt och elektronisk	13 (46,4) 9 (32,1) 6 (21,4)
	Dokumenterar mätmetod	13 (46,4)
Anpassad manschettstorlek	Ja Nej	26 (92,9) 0
	Dokumenterar val av manschett	10 (35,7)
Använder Tricuff-manschett	Ja Nej	15 (53,6) 10 (35,7)
	Dokumenterar användandet av tricuff- manschett	4 (14,3)
Kalibrering av utrustningen	Ja Nej	23(82,1) 3 (10,7)
Arm i hjärtnivå	Ja Nej	28 (100) 0
	Dokumenterar arm i hjärtnivå	0
Val av arm	Höger Vänster Båda	17 (60,7) 2 (7,1) 9 (32,1)
	Dokumenterar valet av arm	19 (67,9)
Antal mätningar	1 2 3	6 (21,4) 17 (60,7) 5 (17,9)
	Dokumenterar antal mätningar	9 (32,1)
Tas pulsen	Ja Nej	25 (89,3) 2 (7,1)
	Dokumenteras pulsen	23 (82,1)

Övrigt som distriktssköterskorna tänker på vid blodtrycksmätning

Vid analysen av den öppna frågan angående blodtrycksmätningen, framkom två kategorier som ansågs viktiga; *personfaktorer* och *miljöfaktorer*. I kategorin personfaktorer, nämndes vikten av att inte prata, att inte ha benen i kors, inga åtsittande kläder och avslappning. I kategorin miljöfaktorer poängterades ljusets betydelse t.ex. att dämpa eller släcka lampor.

Dessutom togs ljudet upp som viktig miljöfaktor, t.ex. inga störande ljud. Det som också nämndes var vikten av lugn och ro och avskildhet. Två distriktssköterskor använde lugnande musik. En distriktssköterska tog ibland blodtrycket utan vila då själva vilan upplevdes som stressande.

Samtalsfrågor

I samtalet som distriktssköterskorna hade med patienterna vid blodtrycksbesöket är rökning, kost och motion de faktorer som togs upp i större utsträckning jämfört med alkohol, stress och sömn. Allmän status tas upp ungefär lika mycket som uppföljning av läkemedelsbehandling, se tabell 5.

Tabell 5. Samtalsfrågor

Samtalsinnehåll	Antal (%)
Uppföljning av läkemedelsbehandling	27 (96,4)
Allmän status	25 (89,3)
Rökning	26 (92,9)
Kost	26 (92,9)
Motion	26 (92,6)
Alkohol	24 (85,7)
Stress	25 (89,3)
Sömn	22 (78,6)

Internremittering

Resultatet visar att 26 av 28 distriktssköterskor hade tillgång till att remittera till sjukgymnast. Nästan lika många, 23 av 28, hade möjlighet att remittera för rökavvänjning. Dietist och hälsopedagog var de team-resurser som det fanns minst av. En distriktssköterska kommenterade att sedan hälsopedagogen slutat har de arbetsuppgifterna ålagts distriktssköterskorna.

Distriktssköterskornas kommentarer gällande samtalet i samband med blodtrycksmätning

Vid analysen av den öppna frågan om samtalet, framkom fyra aspekter; hälsosamtal, psykosocial hälsa, riskfaktorer och patientundervisning. Distriktssköterskorna tog upp hälsosamtal, livsstilsförändringar, Far-recept (fysisk aktivitet på recept), motion, kost, alkohol-AUDIT (frågeformulär om alkoholkonsumtion), viktredgång. Angående psykosocial hälsa poängterades hemsituation, anhörigvård, ensamhetsproblematik och stressfaktorer. Riskfaktorer och patientundervisning som tas upp i samband med hälsosamtalen var också viktiga punkter. En distriktssköterska nämnde tidsbristen som faktor och två nämnde de många olika frågor som patienterna tar upp under besöket, alltifrån inkontinens till läkartider.

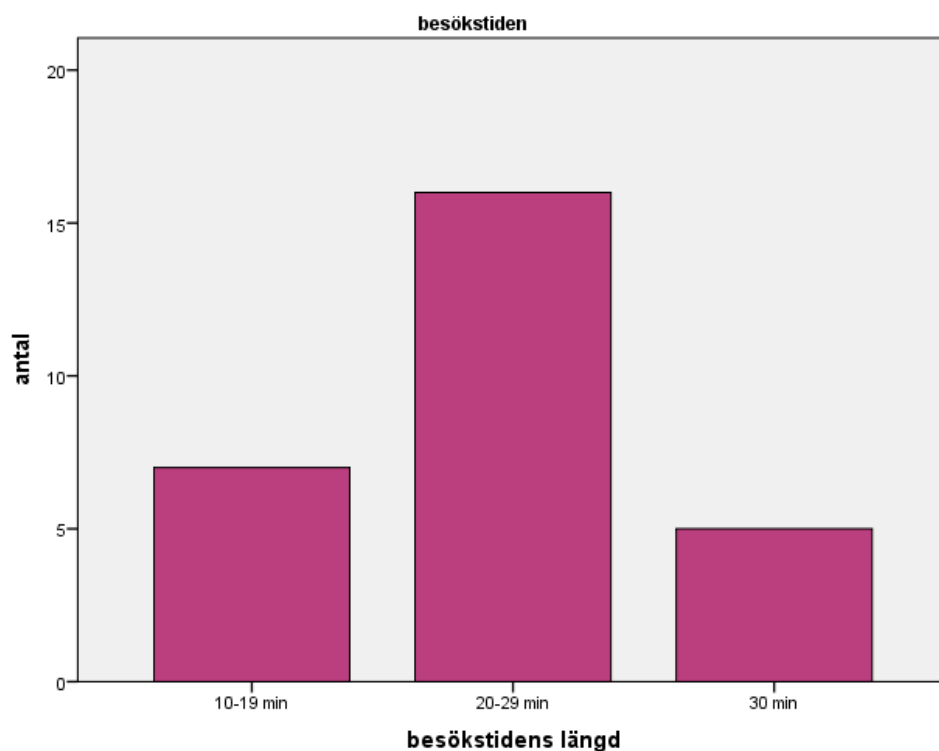
Vilka riktlinjer följs gällande blodtrycksmätning?

Av de tillfrågade 28 distriktssköterskorna var det 25 som svarade på frågan om riktlinjer. Sju av dessa följde VG-regionens riktlinjer som är framtagna av Chefsläkaren/medicinska rådet. Fyra använde lokalt utarbetade riktlinjer eller PM. En följde Vårdhandboken och en använde WHO-riktlinjer. Det var fyra som uppgav mätvärden som riktlinje, två som nämnde nationella riktlinjer, en nämnde socialstyrelsen och därefter nämndes erfarenhet. En av deltagarna angav vårdcentralens allmänna riktlinjer, med svaret följt av frågetecknet.

Hur lång tid tar besöket?

Besökstiden varierade från 10 till 30 minuter. De flesta hade en besökslängd på 20 minuter. Redovisning av de olika besökstidernas längder med intervall presenteras i figur 1.

Figur 1. Besökstidens längd



Diskussion

Metoddiskussion

Denna pilotstudies mätinstrument har varit en enkät med frågor som författarna till denna studie själva har utformat. Utmaningen i detta låg i den begränsade tid som fanns till förfogande i pilotstudien samt att författarna saknade tidigare erfarenhet av att formulera en enkät. Med anledning av att vissa frågor kan ha missuppfattats av deltagarna insåg vi som

författare att ett test av frågeformuläret inför pilotstudien skulle ha varit användbart, för att testa språket och formuleringarna (43).

Bakgrundsfrågorna har formulerats för att få en demografisk kartläggning av deltagarna. Frågorna om den praktiska blodtrycksmätningen har valts ut med hänsyn till vissa av de faktorer som nämns i några av de vanliga riktlinjer för blodtrycksmätning som belyses i bakgrunden. Gällande urvalet var den ursprungliga tanken att försöka få en så jämn fördelning som möjligt mellan vårdcentraler i olika socioekonomiska områden över Hisingen. Dessutom var grundtanken att försöka få en jämn fördelning mellan privat och offentlig verksamhet. Pga. visst bortfall samt att de utvalda privata vårdcentralerna inte hade lika många distriktssköterskor anställda blev det en relativt ojämn fördelning. Vårt syfte har inte varit att påvisa några likheter eller skillnader mellan offentlig och privat verksamhet men resultatet kan ha påverkats av det snedfördelade urvalet.

Enkätfrågorna rörde bakgrundsfakta, frågor om praktiskt förfarande i samband med blodtrycksmätning samt en del rörande hälsosamtal. Frågorna beträffande hälsosamtalen hade kunnat utvecklas mer och tydliggöras. Resultatet tyder på att det kan ha funnits ett missförstånd angående vilka aspekter som är brukligt eller bör tas upp snarare än en spegling och kartläggning av distriktssköterskornas förfarande. Denna fråga ställde vi oss då vi såg att flertalet som angav kort tidsperiod för besöket, d.v.s. 10-15 minuter, samtidigt angav att de både lät patienterna vila 5-10 minuter samt att de hann med att ta upp alla aspekter av livsstilsfaktorer i samtalet. Dessa enkätfrågor kunde ha formulerats annorlunda för att också tydliggöra huruvida livsstilsfrågorna tas upp exempelvis vid ett inledande besök eller vid samtliga. Frågor hade dessutom kunnat ställas för att utröna på vilket sätt som livsstilsfrågorna berörs eller utifall det finns någon strategi eller pedagogisk utgångspunkt. Har t.ex. MI tillämpats som ju är en metod som många inom primärvården har fått utbildning i. Även frågor angående dokumentation kopplat till hälsosamtalet kunde ha ställts till deltagarna.

Med anledning av några systematiska fel i studien, med exempelvis ett snedfördelat urval samt missuppfattning av vissa frågor, kan studien endast ses som att utgöra en kartläggning över detta specifika urval och är inte ett generaliserbart resultat.

De frågor som rör hälsosamtal har endast berört huruvida olika livsstilsaspekter tas upp eller inte samt att det har getts utrymme till egna formuleringar om vad som tas upp, samt egna idéer. För att göra en tydligare kartläggning över hur hälsosamtal utförs i samband med

blodtrycksmätning behövs frågorna utvecklas och eventuellt skulle intervju eller observationsstudie vara ett alternativ till fortsatta studier.

Validiteten eller giltigheten till sanningen i studien är beroende av ärligheten i svaren och hur väl underbyggda dess teoretiska antaganden är samt på utformandet av frågorna. Validiteten beskrivs som hantverksskicklighet av Kvale och Brinkman, d.v.s. trovärdigheten eller kvaliteten i forskarens tidigare forskning. Denna studie kan inte värderas utifrån tidigare forskning eftersom författarna saknar tidigare erfarenhet inom området, utan måste värderas i kvaliteten på arbetet i sig. Validiteten i denna pilotstudie kan inte bedömas eftersom författarna själva utformat enkäten, och att detta mätinstrument inte är prövat i tidigare studier (39, 46).

För att i studien uppnå en reliabilitet, dvs. tillförlitlighet, skulle enkätfrågorna kunna testas på nytt i liknande urvalsgrupp och därefter jämföra resultatet för att undersöka om samstämmighet i resultatet föreligger. Detta skulle kunna tyda på en tillförlitlighet i frågeformuläret, vilket behöver fortsatta studier för att kunna fastställas.

Reliabiliteten av en kvantitativ forskningsmetod beskrivs av Polit och Beck som resultatets stabilitet, d.v.s. om denna studie gjordes igen, skulle vi få samma eller liknande resultat. Det kan vi naturligtvis mäta genom att göra om studien med samma personer igen för att få en reliabilitetskoefficient. Detta upplevs som onödigt i denna pilotstudie där anonymiteten och avsaknandet av intervju-bias och tidsaspekten talar för att resultatet troligtvis blir mycket likt om vi hade gjort den igen med samma urvalskriterier (39).

Den kvalitativa delen av enkäten med de öppna frågorna analyserades med en metod av kodning och kategorisering inspirerad av en artikel av Graneheim och Lundman (44). För att undersöka trovärdigheten av resultatet i den kvalitativa delen måste även pålitligheten och överförbarheten av studien beaktas. Det som då måste studeras är urvalet och dess storlek, hur stora meningsenheter som tagits fram, att ingen kategori har uteslutits utan istället jämföra och hitta likheter i meningsenheterna. I vår pilotstudie är urvalet mycket begränsat och de öppna frågorna är få och kan ha tolkats på olika sätt av deltagarna. Dock har tydliga meningsenheter och kategorier ändå kunnat urskiljas, se tabell 2.

Vi har i denna pilotstudie endast gjort en kartläggning av problemområdet. Vårt syfte har inte varit att studera signifikanta skillnader mellan olika variabler och inte heller göra någon korrelationsbedömning av resultatet. I fortsatta större studier skulle denna pilotstudie kunna

vidareutvecklas. En kartläggning som visar att det finns skillnader och olikheter i utförandet och även i kunskapen om utförandet av blodtrycksmätning och riktlinjerna, är nödvändig för att motivera utarbetandet av ett bättre och säkrare arbetssätt samt att väcka intresset av vidare forskning inom området.

Resultatdiskussion

Florence Nightingale använde statistik för att demonstrera behovet av förbättringar i saniteten och hälsovård. Statistiken hjälpte henne att genomföra hennes mission och förändrade Storbritanniens armé, sjukhus och t.o.m. i det brittiska folket genom att hon påverkade parlamentet och lagstiftningen (47). Att få fram statistik eller utföra en kartläggning är en förutsättning för att motivera och påbörja ett förbättringsarbete. Resultatet av denna studie visar en rad skillnader i hur blodtrycksmätningar utförs och dokumenteras samt skillnader angående uppfattningen om vad som är viktigt i samband med det besöket. Det visar också brister på hur riktlinjer tillämpas i arbetet.

Delar av resultatet har jämförts med några utvalda riktlinjer för blodtrycksmätning (se tabell 1) I denna jämförelse har några likheter och skillnader lyfts fram som här presenteras och diskuteras.

Det framkom att endast 4 av 28 distriktssköterskor hade specialistutbildning inom hypertoni och hjärtsvikt. Det finns inget krav på denna kvalifikation inom primärvården i Västra Götalandsregionen för att bedriva vårdcentralsverksamhet, till skillnad från kravet om specialistutbildning inom diabetes och astma/KOL (26). Detta kan vara en förklaring till det låga antalet med specialistutbildning i denna studie, vilket vi finner anmärkningsvärt med tanke på denna stora patientgrupp.

Resultatet i studien visar att alla distriktssköterskorna lät patienterna vila före blodtrycksmätningarna. Detta poängteras även i samtliga av de riktlinjer vi har valt att beskriva i denna studie. Positionen i samband med blodtrycksmätningen ser ut att vara relativt jämnt fördelad mellan att deltagarna låter patienterna sitta eller ligga. Vårdhandboken, VG-regionen och ESH:s riktlinjer rekommenderar antingen liggande eller sittande position. WHO rekommenderar endast sittande. Med anledning av att valet av position vid blodtryckstagningen lämnas öppen i flera riktlinjer kan det finnas behov av lokala riktlinjer på varje vårdenhets. Speciellt då det finns forskning som visar att det föreligger skillnader i mätvärdena mellan liggande och sittande (1, 2, 13).

I resultatet framkommer att endast 9 av de 28 distriktssköterskorna tog blodtrycket i båda armarna. Två av riktlinjerna rekommenderar att trycket tas bilateralt vid första besöket. Det finns studier som visar att det kan finnas sidoskillnader på upp till 10 mm Hg och därför bör blodtrycket mätas i båda armar vid första besöket och det högsta uppmätta värdet dokumenteras och därefter väljs denna arm vid fortsatta mätningar (48).

Att ta blodtrycket i hjärthöjd med s.k. hjärtkudde eller på annat sätt har armen i detta läge verkar vara allmänt vedertaget och så självklart att ingen dokumenterade detta. Resultatet visade att 26 av 28 distriktssköterskor anpassar manschettstorleken efter armen dock dokumenterar endast 10 av dem manschettstorleken de använt. Detta är en av de vanligaste felkällorna vid blodtryckstagning och om olika storlekar används vid olika tillfällen finns det trolig risk för feldiagnos och felbehandling (13, 14, 19).

Enligt vårdhandboken rekommenderas att inte använda automatisk/elektronisk blodtrycksmätare vid avvikande blodtryck samt arytmier där den manuella metoden rekommenderas (15). I resultatet framkommer att 9 av 28 använder elektronisk och 6 använder både elektronisk och manuell metod resterande 13 använder manuell metod. Detta resultat förklarar dock inte vad som påverkar valet av metod vilket kunde ha utvecklats i enkäten.

Flertalet riktlinjer rekommenderar att patienterna bör undvika kaffe, tobak och fysisk ansträngning 30 min före blodtrycksmätningen alternativt att vårdpersonal bör tänka på att dessa faktorer kan påverka blodtrycksvärdet (14, 15, 17, 18). Många studier tar också upp dessa aspekter (13, 19). I vårt resultat gavs tillfälle för övriga kommentarer angående blodtrycksmätningen där olika person och miljöfaktorer nämndes av deltagarna. Endast en av deltagarna nämnde samtal om kaffe och allmänna psykosociala faktorer inför blodtrycksmätningen. Ingen av deltagarna nämnde faktorer som tobak eller fysisk aktivitet som aspekter i samband med blodtrycksmätningen. Detta var dock inte heller något som specifikt efterfrågades i enkäten.

Vid frågan om vilka riktlinjer gällande blodtrycksmätning som följs var det ganska oklart om alla distriktssköterskorna verkligen förstod vad vi menade eller hade reflekterat över att det finns riktlinjer för hur man tar blodtryck, d.v.s. inte bara riktlinjerna för behandling av blodtryck. Flera deltagare hade på denna fråga svarat med ett referensvärde för blodtryck vilket kan tyda på oklarhet gällande riktlinjer för hypertoni och riktlinjer för själva blodtrycksmätningen. Det var 13 av 28 distriktssköterskor som följde vedertagna riktlinjer för

blodtrycksmätning. Några distriktssköterskor svarade att de följde nationella riktlinjer eller Socialstyrelsens riktlinjer. Vi har i resultatet inte kunnat tolka vilka specifika riktlinjer som deltagarna här syftat till då Socialstyrelsen inte har utarbetat riktlinjer för blodtrycksmätning samt att nationella riktlinjer skulle kunna vara både från SBU eller från Vårdhandboken. Det är Socialstyrelsen som står för riktlinjerna som styr vårt arbete dock i det praktiska utförandet bör man gå till de mer vetenskapligt utarbetade riktlinjer som beskrivs av t ex Vårdhandboken.

En vårdcentral som tillfrågades och som inte kunde tas med i studien hade organiserat sina blodtryckstagningar till endast laboratoriet där undersköterskor tog alla blodtryck.

Distriktssköterskorna hade hälsosamtalen separat. Det låter som ett intressant sätt att lösa problemet med avsaknaden av standardiserade mätmetoder, dock undrar vi om patienterna i så fall får komma på två besök eller om det finns risk att hälsosamtalet med distriktssköterskan helt enkelt faller bort.

I resultatet togs samtalsaspekterna rökning, kost, motion och alkohol upp till störst del och stress och sömn i mindre utsträckning. Socialstyrelsen rekommenderar hälsofrämjande samtal kring dessa fyra aspekter i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. I rekommendationerna finns olika åtgärdsnivåer på hur de hälsorådgivande samtalen bör utföras samt även angående omfattning i tid, dessa aspekter har inte tagits med i denna pilotstudies kartläggning men skulle kunna utvecklas för att kompletteras i den fullskaliga studien (25).

Resultatet av studien tyder på att det finns vissa skillnader i distriktssköterskornas tillvägagångssätt av blodtrycksmätning. Detta är även något som framkommer i en observationsstudie av Drevenhorn (34). Resultatet av denna studie visar dessutom att det finns en variation av riktlinjer som distriktssköterskorna säger sig arbeta efter. Vi har i denna studie inte studerat utifall det i dessa aspekter finns ett samband. Detta skulle kunna vara förslag till fortsatta studier.

Slutsats

Blodtrycksmätning är en viktig undersökningsmetod som bör utföras korrekt och till detta finns olika standardiserade riktlinjer som skiljer sig åt i vissa avseenden. Resultatet av vår studie visar att det finns skillnader i tillvägagångssättet vid blodtrycksmätning. Det visar även på att det finns vissa brister i tillämpningen av aktuella riktlinjer samt tveksamhet gällande

vilka riktlinjer som finns att tillgå. Då blodtrycksmätning ligger till grund för en viktig och vanlig behandling för många patienter inom primärvården finns det anledning att arbeta efter samma standardiserade riktlinjer på varje enhet. I distriktssköterskornas samtal med patienterna framkom det att vissa aspekter lyfts fram i större utsträckning än andra t.ex. rökning, kost, motion och alkohol. En fråga som författarna ställer sig är vad som påverkar vilka aspekter som lyfts fram under samtalet och utifall distriktssköterskorna använder sig av någon patientpedagogisk metod under samtalet. Denna frågeställning skulle kunna utgöra grunden för vidare forskning inom ämnet.

Arbetsfördelning

I denna studie har arbetet fördelats jämnt mellan de två författarna och i stor utsträckning har arbetet utförts gemensamt. Enkäten utformades tillsammans. I kontakt med vårdcentralerna samt utlämnandet och insamlandet av enkäterna fördelades detta jämnt mellan författarna. Enkäterna har därefter analyserats tillsammans och resultatet sammanställts gemensamt. Delar av bakgrunden har studerats separat men därefter diskuterats och bearbetats tillsammans. Båda författarna har varit överens om ansvarsfördelningen och det gemensamma arbetssättet.

Referenser

1. Fagrell B. Varför tas inte blodtrycket rutinmässigt sittande i Sverige? Överbehandling av falsk hypertoni skulle kunna undvikas. Läkartidningen. 2001(4):338-9.
2. Fagrell B. Apropå! Blodtrycksmätning. Varför mäts blodtryck i svensk sjukvård ofta rutinmässigt i liggande? Läkartidningen. 2009(18):1246.
3. Lindeberg S TA. Bristande standardisering vid blodtrycksmätning allvarlig felkälla. . Läkartidningen. 2001(98):1429-31.
4. Thulin T. Important knowledge about the source errors in blood pressure measurements. Läkartidningen. 2004;101(14):1284.
5. SBU-Statens beredning för medicinsk utvärdering. Måttligt förhöjt blodtryck. 2007 [updated 2007 cited 2012- 09-25]; Available from: <http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Hypertoni0712.pdf>.
6. Distriktssköterskeföreningen i Sverige. Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska 2008 [updated 2008; cited 2012- 09-06]; Available from: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>.
7. Svensk sjuksköterskeförening. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete 2008 [updated 2008; cited 2012 09-20]; Available from: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/H%c3%a4lsofr%c3%a4mjande.pdf>.
8. Andersson I, Ejlertsson G. Folkhälsa som tvärvetenskap : möten mellan ämnen. Lund: Studentlitteratur; 2009.
9. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension. 2007;25(6):1105-87.
10. Hunsbår S, Hovelius B, Wallgren GA, Jones L, Toverud KC, Reppe A, et al. Allmänmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2007.
11. Distriktssköterskeföreningen i Sverige. PUNK-Handboken. Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet 2008 [updated 2008; cited 2012 09-20]; Available from: <http://www.distriktsskoterska.com/punk.htm>.
12. Lindstedt I. Korotkoffs ljud - mer än systoliskt och diastoliskt blodtryck. Vaskulär medicin. 2009;25(3):135-7.
13. Pickering TG, Roccella EJ, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: Part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. Hypertension. 2005;45(1):142-61.
14. O'Brien E, Palatini P, Parati G, Pickering T, Redon J, Staessen J, et al. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. Journal of hypertension. 2003;21(5):821-48.
15. Vårdhandboken. Tillvägagångssätt - Blodtrycksmätning 2010 [updated 2010; cited 2012- 09-06]; Available from: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Blodtrycksmatning/Tillvagagangssatt/>.
16. SBU. Evidensbaserad omvårdnad – vid behandling av patienter med måttligt förhöjt blodtryck. 1998.
17. Västra Götalandsregionen/Medicinska rådet. PM handläggning av hypertoni (hämtat från vg-regionens intranät). 2010 [updated 2010; cited 2012- 09-10]; Available from: (se bilaga 3).

18. World Health Organization. Clinical guidelines for the management of hypertension 2005 [updated 2005; cited 2012- 09-19]; Available from: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>
19. Netea RT, Thien T. Blood pressure measurement: we should all do it better. *The Netherlands journal of medicine*. 2004;62(8):297-303.
20. Socialdepartementet. Patientdatalagen (2008:355) 2012 [updated 2012; cited 2012 09-20]; Available from: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080355.HTM>.
21. Grundberg T, Rooke L, Larsson-Wentz K. Anteckningar om omvårdnadsteorier. 4. Lund: Studentlitteratur; 1995.
22. Sveriges Riksdag. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2011 [updated 2011; cited 2012- 09-10]; Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.
23. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2005 [updated 2005; cited 2012- 09-10]; Available from: http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf.
24. Svensk sjuksköterskeförening. Strategi för kvalitetsutveckling av omvårdnaden. 2005 [updated 2005; cited 2012- 09-10]; Available from: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Strategif%c3%b6rkvalitetsutvecklingavomv%c3%a5rdnad.pdf>.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 [updated 2011; cited 2012- 09-06]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>.
26. Västra Götalandsregionen. Krav- och kvalitetsboken. 2012 [updated 2012; cited 2012- 09-10]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-varldgivare1/kravochkvalitetsbok/>.
27. Statens offentliga utredningar. Hälsorisker : en kunskapssammanställning. Stockholm: LiberFörlag/Allmänna förl.; 1981.
28. Bergstrand M. Hälsorådgivande samtal : kommunikativa strategier i samspel mellan distriktssköterska och patient. Stockholm: Univ.; 2000.
29. Miller WR, Rollnick S, Ebooks C. Motivational interviewing: preparing people for change / [Elektronisk resurs]. New York: Guilford Publications, Inc; 2002.
30. Lindh I. Motiverande samtal-the motivational interview MI-att förändra livstil med rätt samtal 2012 [updated 2012; cited]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma/Forebyggande/Motiverande-samtal/>.
31. Clark CE, Taylor RS, Shore AC, Campbell JL. The difference in blood pressure readings between arms and survival: primary care cohort study. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*. 2012;344(7851):19-.
32. Armstrong RS. Nurses' knowledge of error in blood pressure measurement technique. *International Journal of Nursing Practice*. 2002;8(3):118-26.
33. Bovet P, Hungerbuhler P, Quilindo J, Grettve ML, Waeber B, Burnand B. SYSTEMATIC DIFFERENCE BETWEEN BLOOD-PRESSURE READINGS CAUSED BY CUFF TYPE (VOL 24, PG 786, 1994). *HYPERTENSION*. 1995;25(4):660-.
34. Drevenhorn E, Håkansson A, Petersson K. Blood pressure measurement -- an observational study of 21 public health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(2):189-94.
35. Prugger C, Keil U, Wellmann J, de Bacquer D, de Backer G, Ambrosio GB, et al. Blood pressure control and knowledge of target blood pressure in coronary patients across Europe: results from the EUROASPIRE III survey. *Journal of Hypertension*. 2011;29(8):1641-8.

36. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI. Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;6(1):46-53.
37. Blomqvist M, Berglund B, Sonde L. Nurse-led blood pressure treatment in primary health care: an intervention study comparing two regimens. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2006;26(4):20-4.
38. Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*. 2003;17(5):260-8.
39. Polit DF, Beck CT. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
40. Trost J. *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
41. Eliasson A. *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur; 2010.
42. Nyberg R. *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
43. Dahmström K. *Från datainsamling till rapport : att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
44. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
45. Regeringskansliet. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor 2008 [updated 2008; cited 2012- 10-03]; Available from: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm>.
46. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
47. Nightingale F, Barnum BS. *Notes on nursing : what it is, and what it is not*. Philadelphia: Lippincott; 1992.
48. The difference in blood pressure readings between arms and survival: primary care cohort study. *Primary Health Care*. 2012;22(4):13.

Bilaga 1.

Enkät om distriktssköterskans tillvägagångssätt vid blodtrycksmätning på vårdcentralen

Bakgrund

1. Ålder ☐ <29 år ☐ 30-44 år ☐ 45-60 år ☐ >60 år
2. Examensår för distriktssköterskeutbildningen:.....
3. Specialistutbildning i hypertoni/hjärtsvikt? ☐ Ja ☐ Nej
4. Vilken riktlinje gällande blodtrycksmätning arbetar du efter?
.....
5. Arbetar du på: ☐ Offentlig Vårdcentral ☐ Privat vårdcentral

Blodtrycksmätningen?

Dokumenteras detta?

6. Position: ☐ liggande ☐ sittande ☐ Ja ☐ Nej
7. Vila före mätning: ☐ 0min ☐ 5min ☐ 10 min ☐ Ja ☐ Nej
8. Metod? ☐ Manuellt ☐ Elektroniskt ☐ Ja ☐ Nej
9. Anpassad storlek på manschett? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej
10. Tri-cuff manschett? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej
11. Kalibreras blodtrycksmanschetterna? ☐ Ja ☐ Nej
12. Tas blodtrycket med arm i hjärtnivå? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej
13. Vilken arm? ☐ Höger ☐ Vänster ☐ Båda armar ☐ Ja ☐ Nej
14. Antal mätningar: ☐ Ja ☐ Nej
15. Tas pulsen? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej
16. Hur lång tid tar besöket i genomsnitt?
17. Övrigt som du brukar tänka på:
.....
.....
.....

Bilaga 1.

Vilka aspekter tas upp under samtalet?

18. Uppföljning och frågor kring av läkemedelsbehandling:

☐ Ja ☐ Nej

19. Allmän status:

☐ Ja ☐ Nej

20. Hälsosamtal: ☐ Rökning ☐ Kost ☐ Motion ☐ Alkohol ☐ Stress ☐ Sömn

21. Finns det möjlighet till internremittering till:

☐ Sjukgymnast ☐ Dietist ☐ Hälso pedagog ☐ Rökavvänjning

22. Övrigt som tas upp under samtalet?

.....

.....

.....

.....

23. Egna idéer och förslag kring besöket i samband med blodtrycksmätning:

.....

.....

.....

.....



FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Stor del av distriktssköterskans arbete utgörs av att mäta blodtryck på patienter, dels för att fånga upp den riskfaktor som förhöjt blodtryck kan innebära men också som grund för en eventuell hypertoni-diagnos. I distriktssköterskans kompetens ingår ett hälsofrämjande förhållningssätt som ligger till grund för omvårdnaden. Det finns indikationer på att det föreligger skillnader i hur blodtryck mäts samt hur ett besök hos distriktssköterska för dessa blodtryckspatienter är upplagt. Syftet med studien är att kartlägga hur distriktssköterskans möte med patienter i samband med blodtrycksmätning går till.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer genomföras på vårdcentraler på Hisingen, Göteborg. Verksamhetschefen på din arbetsplats är kontaktad, informerad och har gett sitt medgivande. Vi tillfrågar dig härmed om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som distriktssköterska på vårdcentral på Hisingen.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien fyller du i den bifogade enkäten. Detta beräknas ta ca 10-15 minuter och kan göras under arbetstid. Enkäterna kommer att samlas in om en vecka, den 11 september. Resultatet kommer att sammanställas och analyseras och därefter presenteras i form av ett examensarbete på distriktssköterskeutbildningen vid Göteborgs Universitet.

Finns det några risker med att delta?

Vår intention med studien är inte att ifrågasätta din kompetens eller yrkesutövande utan enbart en kartläggning över hur arbetet utförs. Vår ambition är att inget obehag upplevs med studien och frågorna. Enkäten är anonym och resultatet kommer inte att kunna härledas till någon person eller vårdcentral. Av logistisk skäl har vi märkt upp vilken vårdcentral som just din enkät kommer ifrån. Denna information kommer inte framgå eller röjas i resultatet.

Finns det några fördelar med att delta?

Personliga fördelar för din del kan vara en reflektion över det egna arbetssättet. I ett större perspektiv kan studien bidra till en uppmärksamhet som eventuellt kan ligga till grund för en kvalitetssäkring samt ett förbättringsarbete både för distriktssköterskor och för patienter.

Bilaga 2.



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Hantering av data och sekretess

Den besvarade enkäten lägger du i det bifogade kuvertet, försluter det och lägger det i lådan som vi placerat på din vårdcentral. Lådan med enkäterna kommer vi att hämta den 11 september. Enkäterna kommer att hållas inlåsta och kommer att sparas för eventuellt framtida fördjupade studier inom området. Ingen obehörig kommer att ha tillgång till materialet.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du har önskemål att ta del av studiens resultat så kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är frivilligt att delta i studien. Om du väljer att inte svara på enkäten ber vi dig att lägga enkäten till pappersåtervinningen på din vårdcentral.

Ansvariga för studien

Dsk.student Carina Erskine

Tel: 0707-166711

Mail: carina.erskine@vgregion.se

Dsk.student Susanne Molnar

Tel: 0709-101209

Mail: susanne.molnar@vgregion.se

Handledare Ingela Hénoch

Tel: 031-7866092

Mail: ingela.henoch@gu.se

PM



Hypertoni

Framtagen av: Chefläkaren/Medicinska rådet
Godkänd av: Primärvårdsdirektören
Publicerad: 2010-11-10
Reviderad av/datum: Nytt PM

Giltighetstid t.o.m. 2011-12-31
Diarienummer. 00009-2010
Gäller för Primärvården Göteborg
Sidan 1 av 3

PM handläggning av Hypertoni

Definition: Hypertoni definieras som ett blodtryck $\geq 140/90$
Baserat på graden av systolisk eller diastolisk blodtrycksstegring indelas hypertoni i mild ($140-159/90-99$), måttlig ($160-179/100-109$) eller svår ($\geq 180/\geq 110$).

Mätmetod: Blodtrycket mäts efter 5-10 minuters vila i liggande eller sittande. Kaffe, tobak eller tyngre fysisk ansträngning ska undvikas 30 minuter före undersökningen. Om mätningen görs i sittande ska patienten sitta bekvämt med stöd för ryggen och fötterna på golvet (ej korslagda ben). Armen ska vila bekvämt med överarmen i härthöjd. Välj manschett med adekvat bredd. Medelvärde av minst två mätningar avrundade till närmast jämna tal registreras. Mät blodtrycket i båda armarna första gången och välj armen med högst tryck (om mer än 10 mm Hg skillnad) för fortsatta mätningar. Vid misstanke om postural hypotension mäts även blodtrycket i stående efter 1 minut.

Basal utredning:

Anamnes:

Hereditet
Symtom talande för sekundär hypertoni
Livsstilsfaktorer
Läkemedel eller andra blodtryckshöjande substanser

Status:

Auskultation av hjärta och lungor
Undersökning perifera kärl (palpation av pulsar, benblodtryck, ev. blåsljud över karotider eller njurartärer)
Längd och vikt för beräkning av BMI. Midjemått.

Lab:

Hb, s-Na, s-K, s-Ca, s-kreatinin, p-glucos.
Blodlipider (<80 år)
Urinprov
EKG

Värdering: Bedöm patientens risk att insjukna i kardiovaskulära komplikationer efter riskvärderingstabell enligt europeiska hypertoni-riktlinjer som finns på Läkemiddelsenhetsens hemsida (Medicinska riktlinjer-måttligt förhöjt blodtryck).
<http://epi.vgregion.se/sv/Lakemedel-i-Vastra-Gotalandsregionen/Vardgivarstod/Medicinska-riktlinjer/>

Livsstilsåtgärder:

Ändrad livsstil är grunden för behandling.
Kan omfatta råd angående rökstopp, ökad fysisk aktivitet, viktnedgång, kostförändring och minskning av högt alkoholintag samt stresshantering.

Behandling:

Vid mild blodtrycksstegring bör diagnosen grunda sig på mätningar vid 3-6 tillfällen under 3-6 månader.
Vid ringa riskfaktorbelastning i övrigt initieras icke-farmakologisk behandling och uppföljning bör ske efter 3-12 månader.
Om blodtrycket kvarstår förhöjt bör farmakologisk terapi övervägas.
Vid högre riskfaktorbelastning bör uppföljning ske inom några veckor. Om blodtrycket är fortsatt förhöjt ges behandling med läkemedel.

Vid måttlig hypertoni är 2-3 mätillfällen under kortare tid lämpligt. Icke-farmakologisk behandling initieras. Effekter på blodtryck och riskfaktorer följs under några veckor. Om kvarstående förhöjd risk påbörjas farmakologisk terapi.

Vid svår blodtrycksstegring eller då patienten har tecken på hypertensiv organskada, andra komplicerande sjukdomar eller har en ofördelaktig riskprofil initieras icke-farmakologisk och farmakologisk terapi.

Vid okomplicerad hypertoni är de gynnsamma effekterna på insjuknande i hjärt-kärlsjukdom likartade för tiazider, kalciumantagonister, ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare (ARB). ARB bör endast väljas om patienten inte tål ACE-hämmare. När indikation för ARB föreligger bör generiskt losartan väljas.

Betablockerare är särskilt lämpliga vid hypertoni hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt och vid vissa arytmier.

Läkemedel med låg kostnad bör väljas.

För läkemedelsval se REKlistan 2010:

http://epi.vgregion.se/upload/L%20c3%a4kemedel/vardgivarstod/REKlistan_2010_webb.pdf

Låg dos av två medel ger ofta bättre blodtryckssänkande effekt och mindre biverkningar än hög dos av ett medel. Särskilt lämpliga kombinationer är: tiazid i kombination med ACE-hämmare (eller ARB, se ovan), kalciumantagonist i kombination med ACE-hämmare (eller ARB, se ovan), betablockad i kombination med selektiv kalciumantagonist, kalciumantagonist i kombination med tiazid.

Målbloodtryck:

Generellt <140/90. 130/80 för patienter med diabetes och njursjukdom.

Registrera kvalitetsindikatorer (för patienter 30-75 år):

Blodtryck, rökning, vikt, BMI, midjeomfång, samtliga inom 450 dagars intervall.

Längd vid ett tillfälle.

Lipider inom 900 dagars intervall.

Uppföljning:

Uppföljande blodtryckskontroll beroende på blodtrycksnivå och behandlingsval.

Vid välinställt blodtryck är årlig kontroll vid läkarbesök tillräckligt, ev. med en mellanliggande kontroll hos sjuksköterska.

Vid välreglerat stabilt blodtryck hos i övrigt friska patienter kan man i samråd med patienten överväga att glesa ut läkarbesöken ytterligare under förutsättning att relevanta prover istället tas i samband med sjuksköterskebesök och att dessa värderas av läkaren i samband med receptförskrivning.

Referenser: Läkemedelsboken 2009-2010.

Måttligt förhöjt blodtryck - Medicinska riktlinjer - Läkemedelsenheten i VG-regionen oktober 2007.

SBU-rapport nr 170 – Måttligt förhöjt blodtryck.